Ovarialtumor bei Uterus duplex.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt und nebst den beigefügten Thesen

öffentlich vertheidigt

am Mittwoch den 4. August 1897, mittags $1^1/_2$ Uhr

von

Carl Bracklow

prakt. Arzt.

Opponenten:

Herr Dr. med. **Weiss**, I. Assistent am physiol. Institut.

Herr **Otto Schlemminger**, cand. med.

Königsberg i. Pr.

Druck von M. Liedtke, Vorder-Rossgarten No. 25.

1897.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153514_0168

Dem Andenken seines Vaters.

Im Wintersemester 1896/97 wurde in der Königsberger Frauenklinik bei einer Gravida im 2. Monat ein linksseitiges Ovarialcystom mit linkem Nebenhorn des Uterus von Herrn Prof. Dr. Münster durch Laparotomie entfernt.

Ich teile zunächst die Krankengeschichte mit:

Elisabeth M., 22 Jahre alt, ist bis zu ihrem jetzigen Leiden nie krank gewesen; ihre Eltern sind am Leben und gesund. Seit ihrem 17. Lebensjahre ist sie regelmässig alle vier Wochen mit mittelstarker Blutung von vier- bis fünftägiger Dauer bisweilen unter Kreuzschmerzen menstruiert worden. Multipara. Letzte Periode am 11. Januar cr. Patientin bemerkt seit Juli vorigen Jahres eine knollige Geschwulst in ihrem Leibe, die allmählich grösser geworden ist; hat über weitere Beschwerden nicht zu klagen; Stuhlgang unregelmässig, Urinlassen ohne Beschwerden, Appetit gut.

Status praesens:

Ziemlich kräftig gebaute, ganz gut genährte Pat. ohne Ödeme und Exantheme; Brustorgane normal. Abdomen ein wenig vorgetrieben durch einen fast ganz runden, beweglichen, nicht druckempfindlichen, aus dem kleinen Becken aufsteigenden Tumor mit glatter Ober-

fläche und von prall elastischer Konsistenz. Introitus und Vagina ziemlich eng. Portio 2 cm lang, kaum aufgelockert; der Uterus liegt spitzwinklig anteflectiert, doch stark dextrovertiert, ist vergrössert etwa entsprechend dem Anfange des 2. Monats der Gravidität, ziemlich weich, in seiner Beweglichkeit beschränkt. Der von aussen gefühlte Tumor liegt mit seiner untern Kuppe der linken Uteruskante nahe an. Ganz links an der Beckenwand findet sich ein kaum taubeneigrosser Tumor, etwas unregelmässig gestaltet, beweglicher, kleiner, der, soviel sich fesstellen lässt, mit der grossen Geschwulst in Verbindung steht. Das rechte Parametrium ist sehr kurz, aber frei. Laparotomie am 23. März. Operateur: Herr Prof. Dr. Münster: Narkose, Beckenhochlagerung. 14 cm langer Schnitt in der lin. alba zwischen Nabel und Symphyse. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle präsentiert sich sofort der etwas nach links gelegene cystische Tumor, derselbe ist zum grössten Teil von dem entfalteten linken lig. latum bedeckt und lässt sich zunächst nicht vollständig entwickeln, erst, nachdem links das lig. infundibulo-pelvicum und der anstossende Teil des Parametriums unterbunden und abgetrennt ist, lässt sich die Cyste ganz hervorziehen, und zugleich erscheint der bei der Untersuchung konstatierte kleine Tumor, welcher etwa hühnerei gross ist und aus Muskelgewebe zu bestehen scheint; mit dem grossen Tumor ist er durch eine dünne, kurze Gewebspartie verbunden; von seiner linken Kante geht die linke Tube ab und ebenso das lig. rotundum; die Tube legt sich dann mit ihrem abdominalen Ende breit an den cystischen Tumor an

und bildet einen Teil seiner Wandung. Nach unten zu hat der kleine Tumor nur ganz dünne membranöse Verbindungen, ebenso nach dem rechts gelegenen graviden Uterus hin. Es werden nun die Verbindungen des kleinen muskulösen Tumors von links her ohne Schwierigkeit unterbunden und durchtrennt, und nachdem hier die stärkeren Gewebsstränge versorgt sind, lässt sich der cystische Tumor ohne Schwierigkeit stumpf aus seinem Bett, dem entfalteten lig. latum ausschälen; dabei rupturiert derselbe und es entleert sich reichlich chokoladenfarbige Flüssigkeit. Da es aus dem breit eröffneten Ligament noch etwas blutet, so werden die beiden Blätter desselben durch eine fortlaufende Naht mit Seide an einandergebracht; danach steht die Blutung vollständig. Es erfolgt der Verschluss der Bauchwunde in der Weise, dass zunächst die Peritoneal- und Fascien- resp. Muskelwundränder durch eine versenkte Etage dicht gelegter Seidenknopfnähte an einandergebracht werden, darüber wird die Haut ebenfalls durch Seidenknopfnähte vereinigt. Verband. Operationsdauer 55 Minuten.

In dem aufgeschnittenen kleinen Tumor befindet sich eine ziemlich weite Höhle, welche mit stark gewucherter Schleimhaut ausgekleidet ist; die Wände sind recht dick und muskulös.

26. März. Bisher reaktionsloser Verlauf.

1. April. Entfernung der Nähte; prima intentio.

5. April. Patientin befindet sich wohl, steht auf.

10. April. Wird als geheilt entlassen.

Es zeigte sich bei der Untersuchung der exstirpirten

Geschwulst in dem patholog.-anatomischen Institut folgender Befund eines uterus duplex.

Der linksseitige Uterus von einer mächtig entwickelten Decidua ausgekleidet, seine Muskelwand hypertrophisch. Die linke Tube lang, am abdominalen Ende verschlossen und durch serösen Inhalt aufgetrieben; neben dem kolbigen Ende der Tube eine kleine intraligamentöse, kirschgrosse Cyste und an die Tube anstossend, aber mit ihr nicht kommunizierend, eine grosse einkammerige Ovarialcyste.

Das mir vorliegende Spirituspräparat stellt in seiner Totalität ein solides etwa hühnereigrosses Organ mit einem ca. sechsmal so grossen Anhangsgebilde dar. Die makroskopische Einzelbesichtigung ergiebt folgendes:

Das solide Organ ist eine derbe Masse von abgeplatteter Kugelform. Der Radius der Kugel ist gleich 3 cm. Denkt man sich die Kugel in zwei Halbkugeln zerlegt, so ist die eine Hälfte von hellgelblichgrauer, die andere von bräunlicher Farbe; zerlegt man sich die hellgelblich graue Halbkugel in zwei Segmente, so wird das äusserste von einer weichen, unregelmässig gefurchten Masse eingenommen, in der zwei Meridianschnitte ausgeführt sind; das innere Segment ist von festerem, streifigem Bau und macht wie die andere Halbkugel den Eindruck von Muskulatur. In der Gegend des Äquators endet in scharfer Linie die bräunlich gefärbte, glatte Umhüllungsmasse der andern Halbkugel, die durch lockeres Bindegewebe mit ihrer Oberfläche verbunden ist. Auf dieser verläuft eine Ansatzlinie für den Stiel des Anhangsgebildes, an dem medialen Ende der An-

satzlinie ist ein ligamentöser Zipfel übrig geblieben, desgleichen an dem lateralen Ende ein derberer Stumpf.

Der Stiel ist eine Membran von Rhombusform mit einer glatten vorderen und rauhen hinteren Fläche, mit einem medialen und einem lateralen freien Rande. Die Kanten haben die Grösse von 3 und 4 cm; die Dicke ist gleich 1 cm; die Stelle des grössten Durchmessers ist bandartig verdickt. Der laterale Rand wird dargestellt durch ein strangförmiges Gebilde, das dünn an der Abgangsstelle beginnend, dann dicker werdend, geschlängelt und gewülstet nach dem Rande des Anhangsgebildes verläuft; die Verlaufsrichtung ist zuerst von medial nach lateral, dann sagital von vorn nach hinten; im ganzen ein nach vorn und innen konkaver Bogen. Der halb so kurze sagitale Abschnitt liegt unter dem Anhangsgebilde und ist mit demselben durch eine Platte verbunden, deren obere Fläche glatt, deren untere uneben ist.

Das Anfangsgebilde ist eine plattgedrückte, fast kreisrunde Blase mit einer medialen und lateralen Fläche, mit einem freien vordern, obern und hintern Rande; sie sitzt auf einem unregelmässigen gestalteten, von Cysten durchsetzten Körper von Kleinwalnussgrösse auf, der von dem strangförmigen Gebilde hakenartig umfasst wird Die Aussenfläche der Blase ist teils glatt, teils mit Blutcoagulis bedeckt, mit stark geschlängelten Blutgefässen durchsetzt; von anderen Stellen gehen Membranen und fadenartige Gebilde ab; auf der medialen Fläche ist eine besonders unebene Stelle, an ihr liegen Arterien und Venen frei, Bindegewebsfetzen machen den Eindruck, als

wäre sie abpräpariert, beim Zusammenlegen passt sie auf die hintere rauhe Fläche des Stils. Die mediale Fläche bietet ferner eine thalergrosse Rissöffnung in die Blase. Die Innenfläche derselben ist rauh mit stark injicierten Gefässen. Die Wand der Blase ist 1 mm dick, nimmt nach unten an Dicke zu und erreicht dicht oberhalb des Stranges eine solche von 1 cm. Der Inhalt beträgt ca. 270 ccm.

Aus der Beschreibung, der Krankengeschichte und der mikroskopischen Untersuchung ergiebt sich folgende Deutung des Präparates: Das strangförmige, geschlängelte Gebilde ist die Tube. Der abgeschnittene Stumpf auf der lateralen Seite ist ein Teil des lig. rotundum. Das derbe Organ besteht aus glatter Muskulatur; aus dieser und aus dem Zusammenhange mit der Tube ergiebt es sich, dass wir einen Teil des Uterus vor uns haben; die weiche Masse ist Schleimhaut mit Epithelzellen, die Decidua, die durch einen Schnitt in das Cavum dieses Körpers derartig ektropiert ist, dass sie eine Halbkugelform angenommen hat; die Schnittränder bilden den Äquator der Kugel. Die Umhüllungsmasse ist der Peritonealüberzug. Der mediale Zipfel ist nach der Krankengeschichte ein Teil der membranösen Verbindung mit dem graviden rechten Uterushorn. Die bandförmige Verdickung in dem grössten Durchmesser des rhombusförmigen Stiels ist das lig. ovarii proprium, welches zu dem unregelmässig gestalteten, von Cysten durchsetzten Körper, dem Ovarium, führt. Die auf ihm sitzende Blase ist ein Ovarialcystom. Es handelt sich also in unserm Falle um einen graviden rechten uterus mit rudi-

mentärem linken Nebenhorn, kompliziert mit linksseitigem Ovarialcystom.

Der Genese nach gehört der Uterus unicornis mit rudimentärem Nebenhorn zu der grossen Gruppe von Missbildungen, die man mit dem Namen uterus duplex bezeichnet hat; es soll nun im Anschlusse an diesen Fall meine Aufgabe sein, Komplikationen von Ovarialtumor mit Uterus duplex aus der Literatur zu sammeln und sie hier zusammen zu stellen.

Es sind bisher sehr zahlreiche Fälle von Uterus duplex in der Literatur angegeben, so dass man diese Missbildung als eine nicht ganz seltene bezeichnen kann; desgleichen ist die Literatur über Ovarialtumoren insbesondere über Ovarialcysten eine sehr umfangreiche, theoretisch gedacht müsste eine Komplikation dem entsprechend häufig sein; dem ist aber nicht so; im Gegenteil sind die Angaben darüber sehr selten. Ich glaube die Behauptung aufstellen zu dürfen, dass die Fälle dieser Coincidenz freilich in Wirklichkeit häufiger sind, als ihrer bisher Erwähnung geschehen ist. Denn einmal sind manche Fälle von uterus duplex, die in vivo beobachtet sind, nicht zur Sektion gekommen, zweitens sind, wie Kussmaul nachgewiesen hat, manche Fälle, die er als uterus duplex nachträglich bezeichnet, nicht einmal bei der Obduktion als solche erkannt, und drittens ist bei den in der Literatur vorhandenen Fällen sehr oft der Befund der Ovarien garnicht angegeben. Der Grund dieses Übersehens liegt wohl in der aprioristischen Meinung, dass diese Komplikation eine zufällige, rein äusserliche sei; indes vielleicht verlohnt es sich der Mühe, einen innern Zusammenhang zu suchen.

Zu diesem Zwecke ist es mir wohl vergönnt, diejenigen Ansichten der Autoren über das Entstehen der erwähnten Missbildung hier zu citieren und in Kürze zusammenzustellen, die ich für die geeignetsten zur Formulirung meiner Darstellung halte.

Ich greife zurück auf das Handbuch der pathologischen Anatomie von Meckel, wo der Verfasser auf Seite 673 des I. Bandes davon spricht, wie die Hemmungsbildungen der Genitalorgane in die Erscheinung treten; er sagt wörtlich:

> „Sie erscheinen als mehr oder weniger tiefe und lange Spalten, als Trennungen der im Normalzustande zu einer Höhle vereinigten Organe in der Mittellinie; gewissermassen wird dadurch Duplizität dieser Teile hervorgebracht und man belegt diese Bildungsabweichungen daher auch gewöhnlich mit diesem Namen."

Damit ist die Entstehung des terminus technicus erklärt, der dem Verfasser nicht zutreffend genug erscheint, wie es aus seinen kurz darauf folgenden Worten hervorgeht, indem er fortfährt:

> „Allein man irrt, wenn man das Wesen desselben in ein Mehrfachwerden setzt, indem, soviel ich wenigstens aus allen Fällen der Art, sowohl denen, die ich selbst sah, als die ich beschrieben fand, ersehen kann, nie mit dieser Bildungsabweichung ein Mehrfachwerden der Ovarien und Trompeten verbunden ist."

Der letzte Satz enthält eine bis jetzt unangefochtene, feststehende Thatsache; hinge von ihr die Berechtigung

des terminus ab, dann wäre er schon lange abgeschafft; die folgende Zeit scheint in gleicher Weise an der Bezeichnung Anstoss genommen zu haben. So finde ich in der Ueberschrift der von Fr. Schröder 1841 verfassten Dissertation: de uteri ac vaginae duplicitatibus ein ergänzendes sic dictis beigefügt. Rokitansky spricht in seiner Anatomie Bd. III. S. 512 vom Uterus bicornis, dem fälschlich so genannten doppelten Uterus; indes vom embryologischen Standpunkte aus scheint es mir sprachlich korrekt zu sein, sowohl von einer doppelten Gebärmutter in figürlichem als im arithmetischen Sinne zu reden. Gleichzeitig ist auch mit den Worten „Trennungen der im Normalzustande zu einer Höhle vereinigten Organe der Vorgang als keine monströse widernatürliche Verirrung der Natur, wie die alten Anschauungen phantasierten, sondern als eine von einem vorgeschriebenen Typus des Entwicklungsganges freilich unerklärte Abweichung hingestellt. Die Folgezeit ging darauf aus, den Typus zu finden. Aufschluss gab die Entwicklungsgeschichte, ohne sie ist jede Erklärung unverständlich. Es wurde gelehrt, dass das männliche und weibliche Sexualorgan aus einer geschlechtlich indifferenten Grundanlage, den Wolffschen Körpern und den Geschlechtsdrüsen hervorgehe. Das Verdienst von Joh. Müller ist es, den Grund der jetzt feststehenden Lehre gelegt zu haben, dass das Sexualsystem aus dreierlei Organen hervorgehe. Die erste Angabe dieses dritten Organs findet sich in § 85 seiner Schrift: Die Bildungsgeschichte der weiblichen Genitalien.

„Merkwürdig ist ein über dem äussern konvexen Teil des Wolffschen Körpers verlaufender

Faden, welcher sehr viel dünner ist, als der aus dem untern Ende des Körpers ausführende starke Gang.“

Diese Fäden haben nach ihm den Namen „Müllersche Fäden“ erhalten. Nach ihm gestaltet sich der Entwickelungsvorgang so, dass von den drei Uranlagen, Wolffscher Körper, Geschlechtsdrüsen und Müllerscher Fäden immer je 2 zur Differenzierung gelangen, das dritte zu Grunde geht, und zwar bei der Entwickelung zur Weiblichkeit die Wolffschen Körper, zur Männlichkeit die Müllerschen Fäden.

Aus der vergleichenden Anatomie und Teratologie gelangten Serres, Isid, Geoffroy, St. Hilaire und F. Mondini zu der Annahme, dass Scheide und Gebärmutter aus einer doppelten Anlage, und zwar nebeneinander gelagerten, unverbundenen Kanälen hervorgingen, sie lieferten aber keinen Beweis aus anatomischen Untersuchungen. Den erbrachten Bischoff und Leuckart aus embryologischen Forschungen durch das Bestehen der Längsscheidewand im weiblichen Canalis genitalis. Thiersch bewies die Lehre durch (embryolog) experimentelle Forschung an Schafembryonen vermittelst der Ergebnisse, dass Scheide und Gebärmutter aus neben einander gelegenen Röhren sich entwickelten. Er ging weiter, indem er aus dem gegenseitigen Lageverhältnis von den Müllerschen Fäden resp. Müllerschen Gängen zu den Wolffschen Körpern auf das Zustandekommen der Missbildung schloss:

„Je weiter die Wolffschen Gänge zur Zeit des Auftretens der Müllerschen Gänge liegen,

desto schwieriger wird eine bis zum Abgangspunkt des Hunterschen Leitbandes reichende Verschmelzung eintreten", anderswo „stärkere Entwickelung, längeres Bestehen, weiteres Auseinanderliegen seien begünstigende Momente zur Doppelbildung des Uterus."

Mit diesen Worten ist die erste für jetzt geltende Theorie der Missbildungen der weiblichen Genitalorgane ausgesprochen.

Krieger schreibt den Einfluss auf die Bildungshemmung dem Rest des Allantoisschlauches zu, indem dessen verzögerte Rückbildung durch Dazwischenlagerung zwischen den Uterushörnern ihre Vereinigung verhindere.

Von den späteren Autoren führen die einen die Ansichten der Vorgänger über die Ursachen der Missbildungen auf ohne eine eigene mit Bestimmtheit auszusprechen, andere geben gar keine Erklärung.

Sehr wichtig für das Verständniss der Störungen innerhalb des Entwickelungsganges scheint mir die Klassifizierung der Missbildungen vom embryologisch zeitlichen Standpunkte zu sein, wie sie durch Kussmaul in seinem Werke:

„Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdoppelung der Gebärmutter" gegeben ist. Wenn durch die Klassifizierung Rokitanskys Klarheit auf dem vorher zerstreuten und dadurch unübersichtlichen Gebiet geschaffen wurde, wenn ferner Förster durch seine Systematisierung zur Uebersicht beigetragen hat, so scheint mir durch die Darstellung Kussmauls am

ehesten der Weg angegeben zu sein, auf dem man die mehrfachen Gründe zu den Bildungsanomalien wird vermuten können. Ist es stets wünschenswert bei der Frage nach den Ursachen einheitliche Prinzipien aufzustellen, so dürfte es auf diesem Gebiete nur möglich sein nach dieser Klassifizierung; denn fast jede einzelne Form könnte ihren eigenen Enstehungsmodus beanspruchen.

Nach der Darlegung von Kussmaul entstehen je nach der zeitlichen Störung auf die Entwickelung des Fötus verschiedene Formen der Missbildung; es wäre also nach seiner Auffassung denkbar, dass ein bis zu einem gewissen Zeitpunkt völlig normal sich entwickelnder Fötus von da ab eine Störung erfahre, die ihm einen bestimmten Formcharakter a giebt; ein zweiter Fötus würde zu einer späteren Zeit des fötalen Lebens in seiner Normalentwickelung aufgehalten und erwürbe einen Formcharakter b; trotz der Ungleichheit von a und b könnten aber gleiche Ursachen ihre Abweichung veranlasst haben; ferner könnte eine andere ungleiche Ursache zu gleicher Zeit wie bei b eine Form b bedingen. Diese gleichen Ursachen unter ein Prinzip zu bringen, wäre berechtigt. Würde man diese aufstellen können, dann könnte man aus den Phasen der Entwickelung, die der Beobachtung zugänglich sind, und der Zahl der ersteren, die zur Einwirkung gelangen, durch reine Kombination alle Formen sich entstehen denken; leider aber ist der Vordersatz eine Hypothese.

Die Thiersche Theorie basiert nicht auf rein mechanischem Prinzip; er sagt zwar, je breiter die Wolffschen Körper zur Zeit des Auftretens der Müllerschen Gänge

sind, je weiter sie auseinanderliegen; aber die Annahme der stärkern Entwickelung, des längern Bestehens jener bringt einen andern Gesichtspunkt neben den mechanischen hinein.

„Förster sagt in seinen „Missbildungen des Menschen“ S. 162 über Verdoppelung des Uterus und der Vagina: „Diese Missbildung ist entweder eine Hemmungsbildung und beruht dann darauf, dass der Uterus trotzdem, dass er übrigens sich zur vollen Reife und Grösse entwickelt, doch die gehörnte Form der ersten Monate des fötalen Lebens beibehält und daher in 2 Hörner getrennt erscheint; oder sie ist eine Fehlbildung und beruht darauf, dass die Müllerschen Gänge statt unter einander zu einem Gange, aus dem sich Scheide und Mastdarm bilden, zusammenzufliessen, gesondert bleiben, und sich jeder für sich zu einer Scheide und einem Uterus entwickeln.

Er unterscheidet also zwischen Hemmungs- und Fehlbildung und nimmt verschiedene Entstehungsursachen an, die ich aber nicht wörtlich ausgesprochen finde.

Vom Uterus unicornis sagt er:

„Diese Missbildung beruht darauf, dass sich überhaupt nur ein Müllerscher Gang zu einem Uterus ausbildet und der andere ganz schwindet, oder dass sich beide Gänge zu einem Uterus bicornis ausbilden, aber das eine Horn in seiner Entwickelung gegen das andere sehr zurückbleibt; über das Warum hält er mit seinen Vermutungen zurück.

Kussmaul hält bei der Besprechung S. 34 eines von Cassan erwähnten Falles, den ich nachher mit den andern aufführen werde, die von ihm als Cysten angesprochenen Gebilde für Hydatiden der Wolffschen Körper,

> die wie er sagt, „bei ihrer ungewöhnlichen Grösse mit der Zweihörnigkeit der Gebärmutter vielleicht in irgend welchen Beziehungen ständen."

Ich vermute aus diesen Andeutungen, dass Kussmaul nicht nur ein sozusagen ontologisches, sondern auch ein mechanisches Prinzip für diesen Fall gelten lässt.

Ahlfeld zählt die ihm bekannten Entstehungsursachen auf: „in weitaus den meisten Fällen legt sich der Enddarm zwischen die noch getrennten Müllerschen Gänge und verhindert so die Vereinigung; auch die ausgedehnte Allantois kann die Vereinigung verhindern.

weiter unten:

„am meisten beobachten wir diese Form (vollständige Verdoppelung von Uterus und Scheide) bei Blasenspalte, wo dann die Müllerschen Gänge sehr weit auseinander liegen können, ferner kompliziert sich diese Missbildung nicht selten mit Tumoren des Unterleibs, wie Blasenerweiterung u. s. w."

Aus dieser letzten Bemerkung glaube ich wohl ebenfalls zu der Annahme berechtigt zu sein, dass Ovarialtumoren und Uterusmissbildungen in einem innern Zusammenhange stehen können.

Fürst über Bildungshemmungen des Utero-Vaginalkanales „ob es mechanische resp. transmatische

Ursachen sind, ob Anomalien der Uranlage oder der Ernährung vorliegen, ob, was noch mehr in das Bereich naturphilosophischer Erörterung fallen würde, die einer Zelle oder Zellgruppe innewohnende Tendenz eine qualitativ oder quantitativ verschiedene ist, alles das hat man bei derartigen Anomalien noch nicht immer nachweisen können" räumt den mechanischen Ursachen ein gleiches Recht wie den übrigen ein.

Auf die Genese der Ovarialtumoren, soviel heute über sie bekannt ist, einzugehen und sie hier wiederzugeben, ist nicht meine Aufgabe; ich will nur betonen, dass man annimmt, dass, wenn sie auch meistens erst im geschlechtsreifen Alter zum Wachstum kommen, ihre Entstehung in die embryonale Zeit fällt.

Für die Dermoidcysten des Ovariums, obwohl die Erklärung ihrer Genese nur auf Hypothese beruht, ist nach dem Nachweis von Wilms, dass die typische Anordnung aller drei Keimblätter erkennbar ist, sogar die Annahme berechtigt, dass ihre Anlage in die früheste Entstehungszeit fällt; über die Häufigkeit ihres Vorkommens im Kindesalter verweise ich auf eine Inaugural-Dissertation von Rothfuchs Marburg 1892: die Ovariotomieen im Kindesalter. Von den Follicularcysten steht es fest, dass sie als congenitale Bildungen vorkommen. Die Genese der glandulären Ovarialcystome wird durch die Annahme der Entwickelung aus den Pflügerschen Schläuchen in die fötale Zeit verlegt, andererseits auch in die postfötale (Einstülpung des Epithels der Ovarialoberfläche.) Das papilläre Kystom

nimmt seinen Ausgang von den Graafschen Follikeln und dem Keimepithel; seine Entstehungszeit kann demnach in die Periode der Ausbildung der Eifollikel zu den Graafschen verlegt werden.

Haben wir nun ein zeitliches Zusammenfallen der Entwickelung zweier Dinge wie hier die des Uterus und Ovarialtumors, ferner ein räumliches Zusammenliegen dieser beiden und drittens eine physiologische Zusammengehörigkeit des einen und des Wachstumsbodens des andern, so liegt der Gedanke einer gegenseitigen Beeinflussung sehr nahe, ganz gleichgiltig, von welcher Seite der erste Anstoss gegeben wird.

Wenn ferner die mechanischen Ursachen als gleichberechtigt neben den andern Ursachen zu Missbildungen des Uterus angeführt werden, so liegt es nahe, sie hier zu suchen, und desgleichen die trophischen. Es ist denkbar, dass Ovarien, die mit einzelnen Cysten oder mit einer grösseren Anzahl belastet sind, entweder durch das lig. ovarii proprium oder durch andere Bandmassen einen Zug auf die noch unvereinigten Gänge ausüben und die Vereinigung verhindern. Ob in dem von Cassan angeführten Falle die beiderseitigen Cysten, wie er selbst behauptet, aus Graafschen Bläschen hervorgegangen sind, ob es nach Kussmaul Hydatiden sind, ich lege auf seine Worte „bei ihrer ungewöhnlichen Grösse“ Gewicht. Es ist wahrscheinlich, dass „es durch die bei ihrer Ausbildung entstehenden Reizzustände zu adhäsiven Verwachsungen mit den Nachbarorganen kommt, die wiederum einen abnormen Zug ausüben“ — eine Betrachtung, die ich der An-

regung von Herrn Prof. Dr. Zander verdanke. — Es ist ferner anzunehmen, dass bei diesen pathologischen Vorgängen sich abnorme trophische Einflüsse geltend machen.

Sehr interessant wäre es nun nachzuweisen in den Fällen von besagten Komplikationen, dass der Tumor, der in diese Entstehungszeit fällt, eine Bildungshemmung die für diese Periode nach Kussmaul zutrifft, bedingt habe; allerdings könnte das erst geschehen, wenn über die Genese der Tumoren des Ovariums keine Zweifel mehr beständen. Mag dieses ein gewagter Wunsch sein, jedenfalls glaube ich aus meinen vorhergehenden Erwägungen meine Behauptung, dass Ovarialtumoren und Missbildungen des Uterus in einem innern Zusammenhange stehen können, begründet zu haben.

Die Literatur beweist die Coincidenz dieser beiden sowohl durch den uns vorliegenden Fall, als durch die andern, die ich teils aus Schmidts Jahrbüchern, teils aus Kussmaul gesammelt habe und hier folgen lasse.

II. Fall Adams.

(Lond. med. Gaz. Vol. XIII. March 15. 1334). In das Guys Spital wurde der Leichnahm einer 38jährigen Frau gebracht, welcher folgende Merkwürdigkeiten bot: Das Hymen war ungewöhnlich vollkommen, so dass sich in die kreisförmige Öffnung kaum das Ende des kleinen Fingers einführen liess. Der Uterus war hinten und vorn durch einen vertikalen Eindruck in zwei gleiche Hälften geteilt. Als man denselben in eine vordere und hintere Hälfte zerschnitt, fanden sich die obern zwei Drittteile der Höhle durch eine Zwischenwand in zwei

ziemlich gleiche Kanäle geteilt, die nach aussen und oben ausliefen; das untere Drittteil der Höhle zeigte nichts Besonderes und hatten die gemeinschaftliche Öffnung beider Kanäle. Die Eierstöcke waren ungewöhnlich gross und in dem einen befand sich eine Cyste, die über 1 Liter einer gallertähnlichen Flüssigkeit enthielt. (Schmidts Jahrb. Bd. V. 37.)

Wir haben es hier mit einer Complication von Uterus bilocularis mit Ovarialcystom zu thun.

III. Fall Faye.

(Nork. Mag. XV. 7. p. 593 1861.) Uterus duplex bicornis cum vagina simplici mit beiderseitigen Ovarialcysten bei einer $39^1/_2$jährigen II para, die von einem faultoten Kinde entbunden wurde und im Puerperium starb; bei der Sektion fand man im Abdomen zwei grössere Cysten, ausserdem war das rechte Ovarium von einer walnussgrossen Cyste mit breiigem grauen Inhalt eingenommen. Das linke lag mehr an der Hinterfläche des dazugehörigen Uterus — eingehüllt in alte Verwachsungen — an seinem äussern Ende sass ein 2 cm grosser, weisser fibröser Körper, an dem innern ein etwas kleinerer, schwarz pigmentierter und cystenartiger Körper. (Schmidts Jahrbuch CXIV. 56.)

IV. Fall Mühlhäuser.

(Monatsschrift für Geburtskunde, XVIII., p. 365, 1861 demonstriert ein Präparat von Uterus septus mit Vagina septa und eine Hufeisenniere eines 16jährigen Mädchens; im linken Ovarium eine Dermoidcyste; die Fimbrieen der entsprechenden Tube zum Teil mit einander verwachsen. (Schmidts Jahrb. CXV. 57).

V. Fall Cassan.

(Recherches anatomiques et physiologiques sur les cas d'uterus double et de superfötation, Paris 1826) uterus duplex mit beiderseits Ovarialcysten s. Ahlfeld, Atlas Tafel XLI, Figur 7 und 8.

Kussmaul spricht sie als Hydatiden der Wolffschen Körper an.

VI. Fall Décès.

(Bullet de la Société anatom. Juile 1854) uterus duplex von Kussmaul auf S. 194 erwähnt, er spricht von einer Cyste, in welche die linke Tube überging.

VII. Fall Kelly.

(Americ. Journal of the med. scienc by J. Hays 1852, Vol XXIV, pag. 328). Uterus duplex mit linksseitiger Ovarialcyste; rechtes Ovarium mit der Tube verwachsen; linkes Uterushorn um $^1/_2$ Zoll kürzer. (Kussmaul S. 202.)

VIII. Fall Jackson.

(A descript Catalogue of the anatom. Museum of the Boston Soc. for med. Improvement 1847, No. 651.) Uterus unicornis dexter cum rudimento sinistro mit linksseitiger Ovarialcyste.

Hier die Cyste auf der entsprechenden Seite des verkümmerten Hornes. (Kussmaul S. 216.)

IX. Fall Lucas.

(N. Zeitschr. f. Gbk. 1839, Bd. VII, S. 307) Mangelnder Uterus mit fibrösem Tumor des linken und Hydatide des rechten Ovarii. (Kussmaul S. 55.)

X. Fall Boyd.

(Medico-chirurg. Transact. Vol. XXIV., p. 187) Mangelnder Uterus mit gestieltem kleinen ovalen Sack des rechten Ovarii; das linke Ov. eine rundliche fibröse Geschwulst. Kussmaul stellt diesen Fall als einen fraglichen, hinsichtlich der Richtigkeit des mangelnden Uterus und des fibrösen linken Ovarii. S. 56.

XI. Fall Moldenhauer.

(Arch. f. G., Bd. VII, p. 175.) Uterus unicornis mit Cysten im linken Ovarium.

Von den rechtsseitigen Uterusanhängen (Tuba, Ovarium, Ligamentum) war nichts zu entdecken. Die linksseitigen Uterusanhänge zeigen die Spur einer älteren Entzündung, lig. ovar. ist verkürzt, die Tube geknickt, sodass ihr Kanal in der Mitte undurchgängig ist. Das Lig. latum geschrumpft; das linke Ovarium mit kleinen Cysten durchsetzt.

Fürst: Über Bildungshemmungen des Utero-Vaginalkanales. (M. f. G. Bd. XXX.)

XII. Fall Werth.

Uterus bicornis mit kirschgrosser Cyste des linken Ovarii; rechte Niere und Harnleiter fehlen.

[ibidem.]

Zu erwähnen ist noch, dass in dem von uns beschriebenen Falle die Gravidität im rechten Uterushorne durch die Operation nicht unterbrochen wurde; zum Vergleich verweise ich auf zwei Dissertationen aus dem

Jahre 1894; „Ovariotomie bei Gravidität von Wilhelm Schwan-Heidelberg“ und „Zur Complication von Schwangerschaft und Geburt durch Ovarialtumoren von Richard Rosen, Berlin 1895.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Münster für die gütige Überlassung der Arbeit, Herrn Geheimrat Professor Dr. Dohrn und Herrn Geheimrat Professor Dr. Stieda für die Zuweisung von Literatur, Herrn Professor Dr. Zander für die freundliche Unterstützung in der Untersuchung des anatomischen Präparates meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Schmidts Jahrbücher.
2. Kussmaul, Von dem Mangel, der Verkrümmung und Verdoppelung der Gebärmutter, Würzburg 1859.
3. Joh. Müller, Bildungsgeschichte der Genitalien, Düsseldorf 1830.
4. Meckel, Handbuch der path. Anat.
5. Rokitansky, Handbuch der spec. path. Anat.
6. Förster, die Missbildungen des Menschen.
7. Ahlfeld, Missbildungen des Menschen.
8. Guinard, Précis de Tératologie anomalies et monstruorités chez l'homme et chez les animaux.
9. Hennig, Über Polymastie und über Uterus bicornis, Arch. f. Anthropologie.
10. Fürst, Über Bildungshemmungen des Utero-Vaginalkatarrhs.
11. Dohrn, Zur Kenntnis des Müllerschen Ganges, Arch. f. Gynaek.
12. Wiener, Schwangerschaft im rechten Horne eines Uterus bicornis; Retention des reifen Foetus. Exstirpation des schwangeren Hornes. Arch. f. Gynaek. Bd. XXX.
13. Schatz, Mitteilungen aus der Leipziger geburtshilflichen Klinik und Polyklinik. Arch. f. G. Bd. II.
14. Moldenhauer, Ein besonderer Fall von Schwangerschaft und einer einhornigen Gebärmutter. Arch. f. G. Bd. VII.

15. Werth, Retention einer ausgetragenen Frucht in dem unvollkommen entwickelten Horne eines Uterus bicornis. Arch. f. G. Bd. XVII.
16. Virchow, Monatsschr. f. Gebk. Bd. XV, p. 176.
17. Kaltenbach, Demonstration eines Uterus bicornis mit geplatztem graviden Nebenhorn. Arch. f. G.
18. W. Schwan, Ovariotomie bei Gravidität. Inaug.-Diss. Heidelberg 1895.
19. R. Rosen, Zur Complication von Schwangerschaft und Geburt durch Ovarialtumoren. Inaug.-Diss. Berlin 1895.
20. E. Rothfuchs, Ovariotomie im Kindesalter und ihre Eigentümlichkeiten. Inaug.-Diss. Marburg 1892.
21. Zweifel, Lehrb. d. Gebk.
22. Birch-Hirschfeld, Lehrb. d. path. Anat.

Thesen.

1. Die Überwindung des wissenschaftlichen Materialismus ist notwendig zur Naturerkenntnis.
2. Die exspectative Behandlung der Gonorrhoe ist zu verwerfen.

Vita.

Geboren bin ich, Franz Carl Bracklow, als ältester Sohn des verstorbenen Guts- und Brauereibesitzers Gustav Bracklow und seiner Ehefrau Minna geb. Werning am 11. Mai 1867 zu Pillkallen in Ostpreussen. Meine Schulbildung genoss ich zunächst in der dortigen Stadtschule, dann auf den Gymnasien Tilsit und Wehlau bis Prima, unterbrach meine Schulzeit, um mich einem praktischen Berufe zu widmen, erlangte das Zeugnis der Reife auf dem Gymnasium zu Belgard i. P. Herbst 1890 und bezog die Universität München, um Chemie zu studieren; S.-S. 1891 liess ich mich auf der Universität Königsberg in die medizinische Fakultät inscribieren, diente vom 1. April bis 1. Oktober 1891 mit der Waffe beim Infanterie-Regiment Herzog Karl von Mecklenburg-Strelitz (6. Ostpr.) Nr. 43, studirte in Berlin von W.-S. 1891/92 bis S.-S. 1893, bestand dort W.-S. 1892/93 das Tentamen physicum, besuchte dann die Universitäten Königsberg i. Pr., Bonn, Leipzig und beendete dort die Staatsprüfung am 5. Mai 1896; den Sommer über übte ich als Vertreter die ärztliche Praxis aus, leistete vom 1. Oktober 1896 bis 31. März 1897 den Rest meiner aktiven Dienpflicht als einjährig-freiwilliger Arzt in der Garnison Dresden ab. Am 29. Juli 1897 bestand ich vor der hiesigen medizinischen Fakultät das Examen rigorosum.

Allen meinen Lehrern sage ich für den genossenen Unterricht und die Anregung meinen tiefgefühltesten Dank.